

ной практической ситуацией; во-вторых, она вносит в обучение элемент загадки; в-третьих, разбираемая ситуация не связана ни с каким личным риском ни для одного из участников.

Деятельность преподавателя при использовании кейс-метода включает две фазы. Первая - представляет собой сложную творческую работу по созданию кейса и вопросов для его анализа. Она осуществляется за пределами аудитории и включает в себя научно исследовательскую, методическую и конструирующую деятельность преподавателя.

Вторая фаза включает в себя деятельность преподавателя в аудитории, где он выступает со вступительным и заключительным словом, организует малые группы и дискуссию, поддерживает деловой настрой в аудитории, оценивает вклад студентов в анализ ситуации [2].

Таким образом, педагогический потенциал кейс-метода гораздо больше, чем у традиционных методов обучения. Преподаватель и студент постоянно взаимодействуют, выбирают формы поведения, сталкиваются друг с другом, мотивируют свои действия, аргументируют их моральными нормами.

Кейсовый метод имеет очень широкие образовательные возможности. Многообразие результатов, возможных при использовании метода можно разделить на две группы - учебные результаты - как результаты, связанные с освоением знаний и навыков, к ним можно отнести: освоение новой информации, освоение методов сбора данных, освоение методов анализа, умение работать с текстом, соотнесение теоретических и практических знаний, а также образовательные результаты - как результаты образованные самими участниками взаимодействия, реализованные личные цели обучения: создание авторского продукта, образование и достижение личных целей, повышение уровня профессиональной компетентности, появление опыта принятия решений, действий в новой ситуации, решения проблем.

### **Литература**

1. Изменения в образовательных учреждениях: опыт исследования методом кейс - стадии / под ред Г.Н. Прокументовой. - Томск, 2003.
2. Козина, И. Case study: некоторые методические проблемы /И. Козина // Рубеж. - 1997. - №10-11. - С. 177-189.

## **Формирование компетенций самостоятельной курации пациентов студентами при обучении на терапевтической кафедре**

**Литвяков А.М., Пальгуева А.Ю., Афолина А.Ю., Солодовникова С.В.,  
Лагутчев В.В., Сергиевич А.В.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь*

Компетенция самостоятельной курации пациентов является важным компонентом практического занятия на циклах терапевтических дисциплин [1, 2], абсолютно необходимая будущему врачу в его самостоятельной работе. В процессе самостоятельной курации пациентов у студента формируются базисные

компетенции: навыки общения с пациентом, знания и умения, этические нормы поведения, необходимые в процессе его дальнейшей профессиональной деятельности. Дефекты в компетенции студента самостоятельно курировать пациентов, в том числе и этического характера, не выявленные и не устраненные преподавателями в процессе обучения на клинических кафедрах, оказывают существенное негативное влияние не только на профессионализм, но и на личностные, коммуникативные качества врача в течение всей его практической карьеры.

Обучение студентов самостоятельной курации пациентов не является универсально простой задачей для преподавателя. Здесь требуется, пожалуй, больше педагогического искусства, чем устное преподавание дисциплины и/или демонстрация собственных навыков и умений у постели пациента во время учебных клинических тематических разборов. По формальным признакам, преподаватель в соответствии с временной картой методических рекомендаций по ведению практического занятия на клинической кафедре обязан инициировать каждого студента группы пойти на самостоятельную курацию 3-5 пациентов в выделенную ему палату. За невыполнение этого требования студент должен быть наказан неудовлетворительной оценкой как отказавшийся выполнять освоение обязательного минимума практических навыков. Однако, если преподаватель, формально, без учета этических норм отправляет студентов в палаты на курацию пациентов, он может совершить большую ошибку, особенно в первый день занятий на цикле. Прямым результатом такой ошибки является вполне естественно стремление студентов формальному выполнению курации («я уже был у пациентов»), или же к всяческому избеганию контакта с пациентами («их не было в палате, ушли на процедуры»). Ключевым моментом формирования преподавателем режима эффективной курации является целенаправленное создание этически оправданного мотивационного «договора» между студентом и пациентом. А именно, и студент и пациент должны быть поставлены в такие психологические обстоятельства, когда каждый из них имеет свой собственный интерес в результате общения. Исключительно важным является начальный момент – первые день и первые минуты общения студента с пациентом. Ключевую роль в создании оптимальной учебной системы «студент-пациент» играет преподаватель. Именно он обязан выполнить предварительную психологическую подготовку пациентов, необходимую для оптимизации взаимодействия с куратором-студентом. Как показал личный опыт авторов настоящей публикации, следует в неназойливой форме разъяснить пациенту то обстоятельство, что он является непосредственным и очень важным участником учебного процесса, и от его согласия общаться со студентом, доброжелательного отношения к студенту существенно зависит уровень его подготовки в качестве врача, к которому, возможно, в будущем придется обращаться ему самому или его родственникам. В подавляющем большинстве случаев, пациенты с пониманием относятся к такому инструктажу, соглашаются общаться со студентами, осознавая значимость своей «клинической» роли в подготовке будущих врачей. При невозможности (в единичных случаях) получить у пациента

такого согласия, студентов к нему для самостоятельной курации мы не направляем.

В свою очередь, в первый день начала учебного клинического цикла, перед отправкой группы студентов на курацию обозначенных им пациентов (обычно каждому студенту определяется номер палаты с находящимися в ней 3-5 пациентами), преподаватель выполняет инструктаж учебной группы. В том числе, студентам даются следующие рекомендации: курацию пациентов может проводить только опрятный медицинский работник, функцию которого собирается выполнять студент; при входе в палату студент-куратор должен поздороваться с присутствующими и представиться; начиная общение с конкретным пациентом, студент должен продемонстрировать свою способность формировать позитивный психологический контакт с незнакомым ему человеком. На лице студента должна быть доброжелательная улыбка, спокойный, ровный, уверенный взгляд, направленный на пациента.

Студент-куратор обязательно должен осознавать свою уверенность в том, что он сможет (конечно, не без помощи преподавателя) разобраться в диагнозе и определить тактику лечения курируемого пациента, пусть даже если это произойдет не в первый день курации. Заметная со стороны неуверенность в себе не только порождает хаотичность в общении и действиях студента, но и создает психологический барьер «отчуждения» у пациента по отношению к курирующему его студенту («плохой врач из него выйдет ...»).

К сожалению, такую неуверенность в себе нередко индуцируют у студентов малоопытные преподаватели, стремящиеся обнаружить и подчеркнуть только недостатки и дефекты в подготовке студента, забывая о чрезвычайной необходимости и важности замечать и поощрять положительные моменты, обязательно присутствующие в подготовке каждого отдельного студента, оказавшегося на старших курсах медицинского университета. Студентов-кураторов инструктируют о таких деонтологически важных аспектах, как нежелательность информирования пациента о вероятных прогностически неблагоприятных событиях в течении его заболевания, в первую очередь онкологических, нежелательности информирования пациента о возможном профессиональном характере его заболевания.

Студенту должна постоянно прививаться способность с высокой степенью убедительности преподносить сведения и внушать курируемым пациентам понимание необходимости отказа от бытовых вредных привычек (табакокурения, неумеренного приема не только крепкого алкоголя, но и пива, избыточного употребления поваренной соли), уметь обосновать крайнюю необходимость своевременного выявления и лечения одонтогенных заболеваний, периодического измерения АД, рентгенологического исследования органов грудной клетки.

Таким образом, формирование этически и профессионально оптимальной среды для подготовки студентов по терапевтическим дисциплинам в процессе самостоятельной курации пациентов требует усилий со стороны преподавателя не только в совершенствовании навыков и умений студентов, но и психологической подготовки курируемых пациентов.

## Литература

1. Мухин Н.А., Маев, И.В., Свистунов, А.А., Фомин В.В. Преподавание терапевтических дисциплин: векторы модернизации. // Тер. архив. – 2013. - №8. – С. 14-19.
2. Кривошеев, О.Г. Проблемы преподавания курса внутренних болезней. // Мед. вестник. – 2013. - №19. – С. 12-13.

## **Формирование профессиональных компетенций в процессе изучения микробиология, иммунология, вирусология, медицинской биологии и общей генетики**

**Логишинец И.А., Зубарева И.В.**

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь*

Современный образовательный процесс в высшей школе сориентирован на применение компетентностной модели обучения, которая предусматривает формирование у студентов компетентности и компетенций, необходимых для осуществления их будущей профессиональной деятельности.

Компетентностный подход означает постепенную переориентацию доминирующей образовательной парадигмы с преимущественной трансляцией знаний и формированием навыков на создание условий для овладения комплексом компетенций, означающих потенциал, способности выпускника к выживанию и устойчивой жизнедеятельности в условиях современного многофакторного социально-политического, рыночно-экономического, информационно и коммуникационно насыщенного пространства. Он обеспечивает создание сквозной модели специалиста, согласующей между собой интересы личности и общества и позволяющей построить систему опережающей трансляции требований рынка труда и запросов социума в образовательное пространство [1, 2].

Базовыми категориями компетентностного подхода являются такие понятия как «компетенция» и «компетентность».

Компетентность - это общая способность и готовность личности к деятельности, основанной на знаниях и опыте, которые приобретены благодаря обучению, ориентированы на самостоятельное участие личности в учебно-познавательном процессе и направлены на ее успешную интеграцию в социум [1]. Понятие «компетентность» включает не только совокупность определенных знаний, умений и навыков, но и мотивационно-когнитивные, а также поведенческие компоненты личности специалиста.

Профессиональная компетентность - это готовность личности мобилизовать персональные ресурсы (организованные в систему знания, умения, способности и личностные качества), необходимые для эффективного решения профессиональных задач в типовых и нестандартных ситуациях, включающая в себя ценностное отношение личности к этим ситуациям [4].

Компетентность высококвалифицированного специалиста складывается из отдельных компетенций. Компетенция - это интегративная целостность знаний, умений и навыков, обеспечивающих профессиональную деятельность,